



Op bezoek in de stroke unit “Herstel begint bij opname”

Beroertecoach Delphine Mahieu leidt ons rond op de stroke unit van het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen: “Ziekenhuizen moeten ook werken aan de leefstijl van hun beroertepatiënten. Die is cruciaal bij het voorkomen van een nieuwe beroerte.”

Daisy Van Lissum en Gitte Wolput



Aanvaarding van de nieuwe situatie is niet alleen een rouw-, maar vooral ook een herstelproces.

In de oefenzaal van de stroke unit, waar patiënten onder begeleiding hun lichaam opnieuw leren kennen en controleren, staat een blauwe auto te blinken. Of beter: een carrosserie met zetels, maar zonder wielen. Beroertecoach Delphine Mahieu moet lachen om onze verbaasde blikken. “We doen hier veel meer dan enkel spieroefeningen”, zegt ze. “Na een beroerte krijgt elke patiënt automatisch zes maanden rijverbod. Dat verbod wordt pas opgeheven nadat de patiënt slaagt voor een aantal tests. Het is belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk dagelijkse taken opnieuw zelf kunnen uitvoeren. Veilig de wagen in- en uitstappen hoort daar ook bij.”

Een beroerte, ook wel cerebrovasculair accident (CVA) genoemd, is de verzamelterm voor herseninfarcten en hersenbloedingen. Het is een plotse gebeurtenis in een bloedvat in de hersenen. De oorzaak is meestal het afsluiten van een bloedvat in het hoofd of de hals door een bloedklonter. Door een herseninfarct ontstaat er een zuurstoftekort en sterft er een stuk hersenweefsel af.

Bij een beroerte geldt: hoe sneller in het ziekenhuis, hoe beter. De zuurstofaanvoer naar de hersenen moet zo snel mogelijk worden hersteld om de schade te beperken.

Team van specialisten

Wie na een beroerte in het ziekenhuis aankomt, gaat eerst naar de medische beeldvorming. Die kan meteen bevestigen of het over een herseninfarct of een hersenbloeding gaat, wat de behandeling bepaalt. Bij een herseninfarct volstaat soms medicatie zoals bloedverdunders, in andere gevallen is een ingreep nodig, zoals een trombectomie om de bloedklonter te verwijderen. Na het eerste onderzoek komen patiënten terecht in een kamer op de stroke unit, waar een behandelplan voor de revalidatie wordt opgesteld door het multidisciplinaire team.

Een neuroloog, een ergotherapeut, een sociaal werker, een kinesist,

“Onze Jos is onze Jos niet meer”, zeggen ze dan

een logopedist en gespecialiseerde verpleegkundigen: veel kans dat ze allemaal bij je bed staan in de eerste 48 uur na je beroerte. In sommige ziekenhuizen wordt aan het rijtje nog een beroertecoach toegevoegd. Die begeleidt patiënten met een beroerte vanaf hun hospitalisatie tot zes maanden of zelfs een jaar later. De coach helpt de patiënt om de gevolgen van de beroerte te aanvaarden én een nieuwe beroerte te voorkomen.

“Revalidatie begint eigenlijk al vanaf de opname”, vertelt Delphine Mahieu in haar kantoor, vier hoog op de afdeling neurologie. “Vroeger kreeg een beroertepatiënt enkel rust voorgeschreven. Ondertussen hebben de ervaring en de wetenschap ons geleerd dat die patiënten net baat hebben bij beweging. Zodra een patiënt medisch stabiel is, wordt hij of zij geëvalueerd door de verschillende leden van ons team: wat kan hij nog, wat kan hij niet meer? Zo weten we welke functies zijn aangetast, en welke therapieën we in gang moeten zetten. Welke functies verstoord zijn, hangt af van het getroffen gebied in de hersenen. Elk geval is anders, en daarom is een individuele aanpak nodig.”

Sommige patiënten vertonen vooral motorische problemen, zoals gedeeltelijke verlamming, en andere eerder cognitieve problemen, zoals concentratiestoornissen of geheugenproblemen. Soms tast een beroerte ook het spraakvermogen aan en moeten patiënten opnieuw leren praten.

Zo zelfstandig mogelijk

In het Universitair Ziekenhuis in Antwerpen zijn er vier kamers voorbehouden voor beroertepatiënten. Daar worden ze korte tijd intensief gemonitord en begeleid. Twee keer per week houdt het hele team overleg. Per patiënt stellen ze een individueel programma samen.

“We leggen hier de fundamenten voor langdurige revalidatie”, legt Delphine Mahieu uit. “In principe blijven patiënten slechts een paar dagen, maximaal een >

“Het is cruciaal om patiënten dagelijkse taken weer zelf te laten uitvoeren”

> week of twee, op onze stroke unit. Daarna zijn er twee opties: ofwel keren patiënten naar huis terug en volgen ze overdag therapie, ofwel verwijzen we ze door naar een gespecialiseerd revalidatiecentrum.” In het ene geval is zo’n centrum gespecialiseerd in motorische revalidatie, in een ander ligt de nadruk op cognitief herstel. Maar de doorverwijzing is niet altijd vanzelfsprekend. “Helaas komen patiënten soms op een wachtlijst terecht”, waarschuwt Delphine Mahieu. “Patiënten moeten daardoor soms langer dan nodig in het ziekenhuis blijven.” Wie medisch gezien nog niet volledig stabiel is, verblijft sowieso langer in het ziekenhuis. Voor oudere personen die niet naar huis kunnen terugkeren, wordt al nagedacht over bijvoorbeeld een verblijf in een woonzorgcentrum na de revalidatieperiode. Allemaal in samenspraak met de familie. De revalidatie is erop gericht de patiënt opnieuw zo zelfstandig mogelijk te krijgen. De meeste vooruitgang wordt geboekt in de eerste drie maanden na de beroerte. Maar ook in die periode verloopt alles traag en komt de vooruitgang in kleine stappen. “We willen patiënten zo snel mogelijk aan het bewegen krijgen, maar we willen ze niet forceren”, klinkt het. “In eerste instantie laten we de meeste patiënten eventjes rechtop zitten in bed of in een stoel. Dan zien we meteen of er evenwichtsproblemen zijn. Daarna kijken we of ze zelfstandig of met hulp kunnen rechtstaan, en zich veilig en stabiel tussen

het bed en de stoel of de badkamer verplaatsen. Pas in derde instantie proberen we de patiënt weer te laten stappen, trappen opgaan enzovoort.” Voor sommige taken zal de patiënt compensatietechnieken moeten aanleren. Rechtshandigen zullen moeten leren om bepaalde taken uit te voeren met links, bijvoorbeeld. Of ze krijgen hulpmiddelen: een wandelstok, of schoenen met velcro in plaats van veters, als het niet meer lukt om die zelfstandig te strikken. Soms komt een neuropsycholoog eventuele aandachts- en geheugenproblemen uitgebreid onderzoeken en op basis daarvan de behandeling verder optimaliseren. Ook zulke cognitieve problemen kunnen omzeild worden, met behulp van enige creativiteit en de juiste trucjes: communiceren met beelden in plaats van met woorden, nauwgezet een agenda leren gebruiken enzovoort. “We proberen de patiënt maximaal zelfredzaam te maken, op fysiek en op cognitief vlak”, klinkt het.

Nieuwe ik aanvaarden

Terwijl het team zich met de revalidatie bezighoudt, helpt de beroertecoach

patiënten en hun families met de emotionele implicaties van een beroerte. Die zijn niet te onderschatten. Delphine Mahieu: “Onlangs hadden we een jonge veertiger over de vloer, die goed genoeg leek om thuis verder te herstellen. Eenmaal thuis bleek hij belangrijke informatie niet meer te kunnen onderscheiden van onbelangrijke informatie. Hij raakte voortdurend overprikkeld. Zijn filter was weggevallen en de minste drukte in huis was hem te veel, waardoor hij zich liever in stilte afzonderde. We hebben hem uiteindelijk alsnog doorverwezen naar een revalidatiecentrum omdat thuisblijven onhoudbaar bleek. Zulke situaties zijn zwaar voor het hele gezin.” Psycho-educatie speelt hier een belangrijke rol. Een beroertecoach geeft patiënten inzicht in hun ziekte, zodat ze die beter begrijpen en beter gaan aanvaarden. “We krijgen ook vaak te horen dat patiënten veranderd zijn”, gaat Mahieu verder. “De omgeving kan er niet echt de vinger op leggen wat er anders is, maar ‘onze Jos is onze Jos niet meer’, zeggen ze dan. Na een beroerte reageren mensen soms anders dan voordien. Ze zijn vaak vermoeid, soms prikkelbaarder. Ook dat maakt het moeilijk.” Mahieu probeert haar patiënten ook door het natuurlijke rouwproces te loodsen. Volledig herstel is voor de meeste patiënten ijdele hoop – meestal worden ze nooit meer helemaal de oude. Dat is moeilijk te aanvaarden. De eerste maanden wordt er vaak nog veel vooruitgang geboekt, maar na drie tot zes maanden zwakt de progressie vaak af. Wanneer een patiënt geen verbeteringen meer ziet, kan dat veel frustratie opwekken. “Ik probeer patiënten te helpen om hun oude zelfbeeld los te laten en hun restverschijnselen te aanvaarden. Ze moeten de gevolgen meedragen in hun rugzak, zonder dat ze die als last beschouwen. Dat is een rouwproces. Vaak gaat een deel van de identiteit van de patiënten verloren. Anderzijds is aanvaarding van de nieuwe ik ook een